



**Trotz des im Alter steigenden Risikos, an Krebs zu erkranken, sinkt die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) bei Frauen und wird nur von wenigen Männern wahrgenommen. Der Nutzen von KFU bei älteren Menschen ist unsicher. Ihre Perspektive und Einstellungen zu KFU sowie Motive für oder gegen eine Teilnahme wurden bisher wenig untersucht.**

## Hintergrund und Fragestellung

Krebserkrankungen sind die zweithäufigste Todesursache in Deutschland. Das mittlere Erkrankungsalter der häufigsten Krebserkrankungen beträgt über 65 Jahre [9]. Jedoch steigt die Inanspruchnahme von KFU im Alter nicht an (Abb. 1; [15, 17]). In Deutschland können verschiedene KFU in Anspruch genommen werden (Tab. 1; [7]). Ziel der KFU ist es, durch frühzeitige Diagnose einer Krankheit deren Prognose zu verbessern und das Leben des Betroffenen zu verlängern. Bisher konnte nur eine Abnahme der krankheitsspezifischen Mortalität belegt werden [1]. Die Chance, im Alter von einer KFU zu profitieren, hängt von der Komorbidität und Lebenserwartung des Einzelnen ab [11]. Ziel der Studie war es, Einstellungen von über 69-Jährigen zu erfassen und ihre Motive bei der Entscheidung für oder gegen eine Teilnahme an KFU zu untersuchen.

**Doris Dolezil<sup>1</sup> · Annekathrin Haase<sup>1</sup> · Kristine Jahnke<sup>1</sup> · Jens Thonack<sup>1</sup> · Christin Löffler<sup>2</sup> · Carsten Oliver Schmidt<sup>3</sup> · Jean-François Chenot<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Abteilung Allgemeinmedizin, Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald KdöR, Greifswald, Deutschland

<sup>2</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Rostock, Rostock, Deutschland

<sup>3</sup> Abteilung Study of Health in Pomerania – Klinisch-epidemiologische Forschung (Shinterviewpartner-KEF), Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald, Deutschland

# Krebsfrüherkennungsuntersuchungen im hohen Alter

## Explorative „Mixed-methods“-Studie

### Explorative „Mixed-methods“-Studie

#### Design und Stichprobe

In dieser explorativen Mixed-methods-Studie wurden in „Face-to-face“-Befragungen mit einem standardisierten Fragebogen quantitative Daten und mit einem leitfadengestützten Interview qualitative Daten erhoben. Es wurden 1566 Personen aus dem Landkreis Vorpommern-Greifswald mit einer stratifizierten Stichprobe (Alter, Geschlecht) über das Einwohnermelderegister gezogen, von denen 630 per Post kontaktiert wurden. Die Rücklaufquote betrug 41 %. Durch Telefoninterviews wurden Personen mit kogni-

tiven Einschränkungen, die mithilfe des „Callahan Six-item screener“ ermittelt wurden [3], oder mit einer Malignomkrankung in der Anamnese ausgeschlossen (Abb. 2).

#### Datenerhebung

##### Quantitativ

Modell für den Fragebogen war eine amerikanische Pilotstudie [11]. Der Fragebogen wurde ins Deutsche übersetzt. Zusätzlich wurden an das deutsche Gesundheitssystem angepasste Fragen zur Inan-

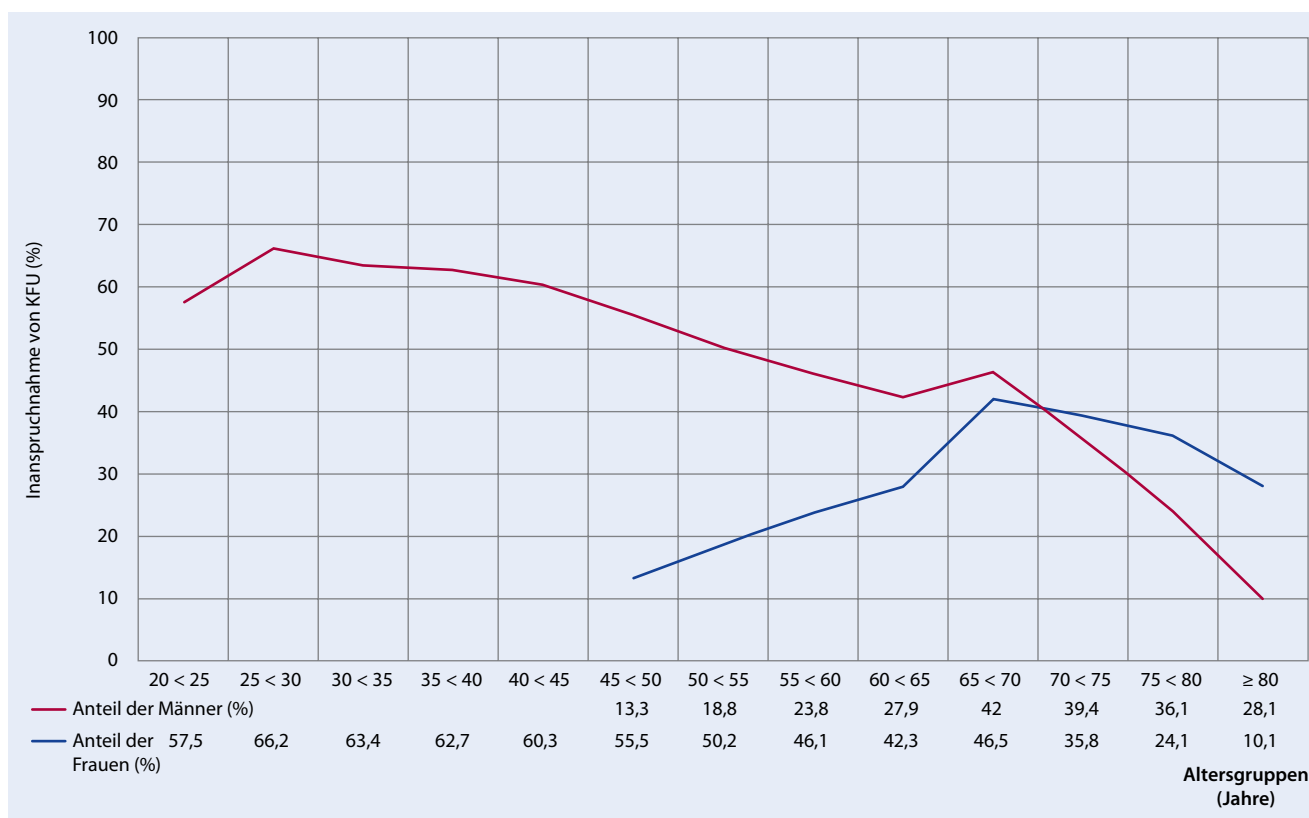
Doris Dolezil und Annekathrin Haase haben zu gleichen Teilen zu dieser Publikation beigetragen.

**Tab. 1** Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Deutschland

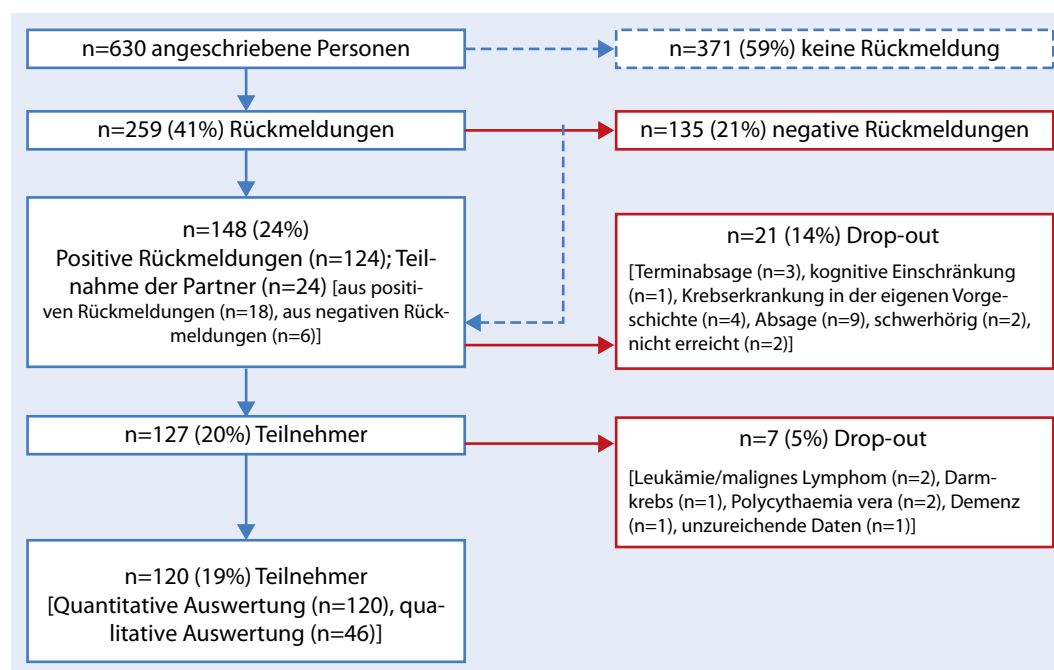
Untersuchung	Alter (Jahre)			
	Geschlecht	Beginn	Ende	Intervall/Empfehlung
Genitale durch Zervixabstrich	♀	20		Jährlich
Brust und örtliche Lymphknoten durch Abtasten	♀	30		Jährlich
Brust durch Mammographie-screening	♀	50	70	Zweijährlich
Prostata und äußeres Genitale durch Abtasten	♂	45		Jährlich
Haut	♂/♀	35		Zweijährlich
Rektum und übriger Dickdarm				
– Schnelltest auf okkultes Blut im Stuhl	♂/♀	50	55	Jährlich
		55		Zweijährlich <sup>a</sup>
– Darmspiegelung (Koloskopie)	♂/♀	55		Zweimalig im Leben <sup>b</sup>

<sup>a</sup>Wenn keine Koloskopie oder keine zweite Koloskopie nach Ablauf von 10 Jahren nach der ersten durchgeführt wurde.

<sup>b</sup>Die zweite frühestens 10 Jahre nach der ersten Koloskopie.



**Abb. 1** ▲ Regelmäßige Inanspruchnahme von gesetzlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU), getrennt nach Geschlecht und Altersgruppen. (Nach [17])



**Abb. 2** ◀ Rekrutierung der Interviewpartner

spruchnahme von KFU gestellt. Der Fragebogen erfasste die Themenbereiche Inanspruchnahme, Entscheidungsfindung, persönliche/allgemeine Einstellungen und Dauer der Durchführung an KFU.

Zudem erfolgte die Erfassung der soziodemografischen Daten, einer Pflegebedürftigkeit und Komorbidität mithilfe des Charlson Comorbidity Index [4]. Die Einstellungen zu den verschiedenen Aus-

sagen zur KFU wurden mit zwei 5-stufigen Likert-Skalen (1: trifft zu bis 5: trifft gar nicht zu bzw. 1: stimme stark zu bis 5: lehne stark ab) erfasst und die Antwort-

D. Dolezil · A. Haase · K. Jahnke · J. Thonack · C. Löffler · C.O. Schmidt · J.-F. Chenot

## Krebsfrüherkennungsuntersuchungen im hohen Alter. Explorative „Mixed-methods“-Studie

### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Der Nutzen von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) bei älteren Menschen ist nicht gesichert. Während das Risiko einer Krebserkrankung mit dem Alter steigt, sinkt die Inanspruchnahme von KFU.

**Ziel der Arbeit.** Einstellungen älterer Menschen und deren Motive für oder gegen eine Teilnahme an KFU sollten festgestellt werden.

**Material und Methode.** Die vorliegende populationsbasierte, explorative „Mixed-methods“-Studie basiert auf einer Befragung von Bewohnern des Landkreises Vorpommern-Greifswald, die sich im Alter zwischen 69 und 89 Jahren befinden. Ausschlusskriterien waren kognitive Einschränkungen und/oder das Vorliegen von Malignomen. Mithil-

fe eines Fragebogens wurden Einstellungen zu verschiedenen Aussagen bezüglich KFU mit 5-stufigen Likert-Skalen erfasst. In leitfadengestützten Interviews erfolgte die Exploration der Motive.

**Ergebnisse.** Von 630 kontaktierten Bewohnern nahmen 120 im Durchschnittsalter von 77 Jahren [Standardabweichung (SD)  $\pm 6$  Jahre] an einer „Face-to-face“-Befragung (19%) teil. Die Mehrheit stimmte der lebenslangen Durchführung der KFU zu. Es gaben 14% an, dass andere gesundheitliche Probleme im höheren Alter wichtiger sind als die Teilnahme an KFU. Von den Befragten nahmen 7% an, nicht mehr lange genug zu leben, um von einer KFU profitieren zu können. Motive für die Teilnahme an

einer KFU waren Regelmäßigkeit, Pflichtgefühl, Angst und Glaube an den Nutzen. Motive für die Nichtteilnahme waren mangelndes Interesse, keine Notwendigkeit oder Angst; Nachteile wurden nicht befürchtet.

**Schlussfolgerung.** Ältere Menschen zeigen ein hohes Vertrauen in die KFU. Sie sollten über Nutzen und Risiken einer KFU besser aufgeklärt werden. Ihre Lebenserwartung und ihre Präferenzen sollten als Grundlage einer gemeinsamen Entscheidung für oder gegen eine KFU berücksichtigt werden.

### Schlüsselwörter

Krebs · Screening · Ältere · Einstellungen · Motivation

## Cancer screening in the elderly. Explorative mixed methods study

### Abstract

**Background.** The benefits of cancer screening in the elderly are uncertain. While the risk of cancer increases with age the participation in cancer screening decreases.

**Aim.** The study investigated the attitudes of older adults towards cancer screening as well as their motives for or against participation.

**Material and methods.** This population-based explorative mixed methods study was based on a survey of residents aged 69–89 years from the district of Western Pomerania-Greifswald (northeast Germany). Criteria for exclusion were cognitive deficits and/or cancer. Attitudes towards different statements regarding cancer screening were assessed by

a questionnaire using 5-point Likert scales. Semi-structured interviews were used to explore the motivations.

**Results.** Out of 630 contacted residents, 120 (19%) with an average age of 77 years (SD  $\pm 6$  years) participated in the face-to-face survey. The majority were in favor of lifelong cancer screening, 14% stated other health problems to be more important than cancer screening and 7% assumed that they would not live long enough to benefit from screening. Motives for participation in cancer screening were habit, regularity, sense of obligation, fear and belief in benefits. Motives for discontinuing screening included a lack of

interest, no assumed necessity and fear. Disadvantages were not feared.

**Conclusion.** Elderly people show great trust in cancer screening. They overestimated the benefits of cancer screening and their risk to die of cancer. The elderly should be better informed about the benefits and risks of cancer screening. Shared decision-making should be based on life expectancy and personal preferences.

### Keywords

Cancer · Screening · Elderly · Attitudes · Motivation

möglichkeit „kann ich nicht beantworten“ gegeben.

### Qualitativ

Der Interviewleitfaden wurde selbst entwickelt und unterteilte sich in *KFU-Teilnehmer* (TN) und *KFU-Nichtteilnehmer* (nTN). Bei den TN erfolgte eine Vertiefung in die Motive für ihre Teilnahme und in die Erwartungen an die KFU. Bei den nTN wurde auf die Motive der Nichtteilnahme eingegangen und erfragt, was sie dazu bewegen würde, an KFU teilzunehmen. Nach 46 leitfadengestützten Interviews wurde eine theoretische Sättigung erreicht; die Interviews wurden nach Kuckartz [10] vollständig transkri-

biert und pseudonymisiert. Die Analyse der Interviews erfolgte durch eine offene Codierung; die einzelnen Kategorien wurden im Laufe der Datenanalyse aus dem Datenmaterial abgeleitet [6]. Die Standards für qualitative Studien wurden eingehalten (COREQ; [2]).

### Ergebnisse

#### Stichprobe

Es nahmen 120 Personen an der Befragung teil [Durchschnittsalter 77 Jahre, Standardabweichung (SD)  $\pm 6$  Jahre, 53 % Männer]. Weitere Charakteristika der

Stichprobe sind in **Tab. 2** zusammengefasst.

### Quantitative Ergebnisse (n = 120)

#### Inanspruchnahme

Insgesamt berichteten 107 Personen (89%), an KFU teilgenommen zu haben, und bei 104 Teilnehmern (86%) lag die letzte KFU weniger als 5 Jahre zurück. Es hatten 91 Personen (76%) an Darm- und 64 (54%) an Haut-KFU teilgenommen. Fast alle Frauen gaben an, an Brust- (95%) und Gebärmutter-KFU (93%), sowie 83% der Männer, an Prostata-KFU teilgenommen zu haben.

**Tab. 2** Soziodemografische Merkmale der Stichprobe

	Quantitative Auswertung/ Fragebogen (n = 120) n (%)	Qualitative Auswertung/leitfadengestütztes Interview (n = 46) n (%)		
		Gesamt	KFU-Teilnahme (n = 35)	KFU-Nichtteilnahme (n = 11)
Alter <sup>a</sup> (Jahre)				
69–74	55 (46)	25 (54)	19 (54)	6 (55)
75–79	29 (24)	9 (20)	7 (20)	2 (18)
80–84	18 (15)	5 (11)	5 (14)	0 (0)
85–90	18 (15)	7 (15)	7 (12)	3 (27)
Geschlecht <sup>b</sup>				
Frauen	56 (47)	19 (42)	15 (43)	4 (36)
Männer	64 (53)	27 (59)	20 (57)	7 (64)
KFU-Teilnahme				
Ja	107 (89)			
Aktuelle Wohnsituation				
Alleinlebend	36 (30)	14 (31)	9 (26)	5 (46)
Mit Familie lebend	4 (3)	2 (4)	0 (0)	2 (18)
Mit Partner lebend	80 (67)	30 (65)	26 (74)	4 (36)
Pflegebedürftigkeit				
Ja	10 (8)	4 (9)	4 (12)	0 (0)
Schulabschluss				
8. Klasse	57 (48)	18 (39)	14 (40)	4 (36)
10. Klasse	27 (22)	15 (33)	12 (34)	3 (28)
12./13. Klasse	36 (30)	13 (28)	9 (26)	4 (36)
Berufsausbildung				
Ausbildung	32 (27)	7 (15)	5 (14)	2 (28)
Fachschule	45 (37)	19 (41)	15 (43)	4 (36)
Universität/Hochschule	6 (5)	3 (7)	3 (8)	0 (0)
Andere	2 (2)	1 (2)	1 (3)	0 (0)
Keine	6 (5)	2 (4)	1 (3)	1 (10)
Carlson Comorbidity Index <sup>c</sup>				
0	80 (67)	33 (72)	26 (74)	7 (64)
1	28 (23)	7 (15)	4 (11)	3 (27)
2	10 (8)	3 (7)	2 (6)	1 (9)
3	1 (1)	2 (4)	2 (6)	0 (0)
4	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
5	1 (1)	1 (2)	1 (3)	0 (0)

KFU Krebsfrüherkennungsuntersuchung.

<sup>a</sup>Keine Normalverteilung (Median 75 Jahre, Varianz 33 Jahre).

<sup>b</sup>Keine Gleichverteilung hinsichtlich des Geschlechts in den verschiedenen Altersgruppen. Mit zunehmenden Alter mehr Frauen als Männer, bei immer kleiner werdender Zellbelegung.

<sup>c</sup>Gesamtpunktzahl.

## Entscheidungsfindung

Ein Großteil der Antwortenden (82 %) hätte vor der KFU über die Teilnahme sprechen wollen und war überzeugt, dass ihr Arzt abschätzen kann, ob Menschen im Alter über 69 Jahre von KFU profitieren. Mehr als die Hälfte (61 %) gab an, auch über ihre verbleibende Lebenszeit mit ihrem Arzt reden zu wollen. Jedoch

meinten 70 %, dass die Einschätzung ihrer Lebenserwartung nicht wichtig für ihre Entscheidung zur KFU-Teilnahme sei. Es wollten 80 % der Befragten auch über die Möglichkeit eines falsch-positiven Befunds bei KFU informiert werden.

## Einstellungen

Die meisten Teilnehmer gaben an, bis zum Lebensende alle KFU durchführen zu wollen, und waren mehrheitlich von ihrem Nutzen überzeugt. Sie nahmen an, eine ausreichende Lebenserwartung zu haben, um von einer KFU zu profitieren, obwohl ein Viertel vermutete, eher an einer anderen Krankheit als Krebs zu versterben (■ Abb. 3). Die Mehrheit befürwortete, dass jeder bis ans Lebensende an KFU teilnehmen sollte. Nur eine Minderheit schränkte dies bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Demenz ein (■ Abb. 4).

## Qualitative Ergebnisse (n = 46)

### Motive für bzw. gegen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

Die Motive der Interviewpartner für die KFU-Teilnahme variierten zwischen Regelmäßigkeit, Pflichterfüllung und Angst. Aus den Interviews war ersichtlich, dass, sofern eine KFU das erste Mal durchgeführt wurde, die Interviewpartner regelmäßig an KFU teilnahmen. Häufig erzählten die Interviewpartner, dass eine Inanspruchnahme aus Pflichterfüllung geschah; diese wird z. B. vom sozialen Umfeld oder von den behandelnden Ärzten ausgelöst. Die Interviews zeigten, dass ein weiteres Motiv für die Teilnahme an KFU in der Angst, an Krebs zu erkranken, besteht. Bei den nTN spielte Angst ebenfalls eine Rolle; diese bestand in Angst vor Ärzten, vor Komplikationen oder vor der Durchführung der KFU. Ein weiteres Motiv gegen KFU war Desinteresse, weil KFU in ihrem Leben keine Bedeutung erhalten hatte, und diese nTN sahen, auf die eigene Person bezogen, keine Notwendigkeit für die Durchführung einer KFU. Sofern es den Interviewpartnern gesundheitlich gut ging und sie keine Symptome einer Krankheit verspürten, bestand für sie kein Handlungsbedarf, mit einem Arzt in Kontakt zu treten. Einzelne Interviewpartner wogen für sich das Risiko der Durchführung einer KFU ab und entschieden sich dagegen. In ■ Abb. 5 sind einzelne Interviewausschnitte zu den dargestellten Kategorien aufgeführt.

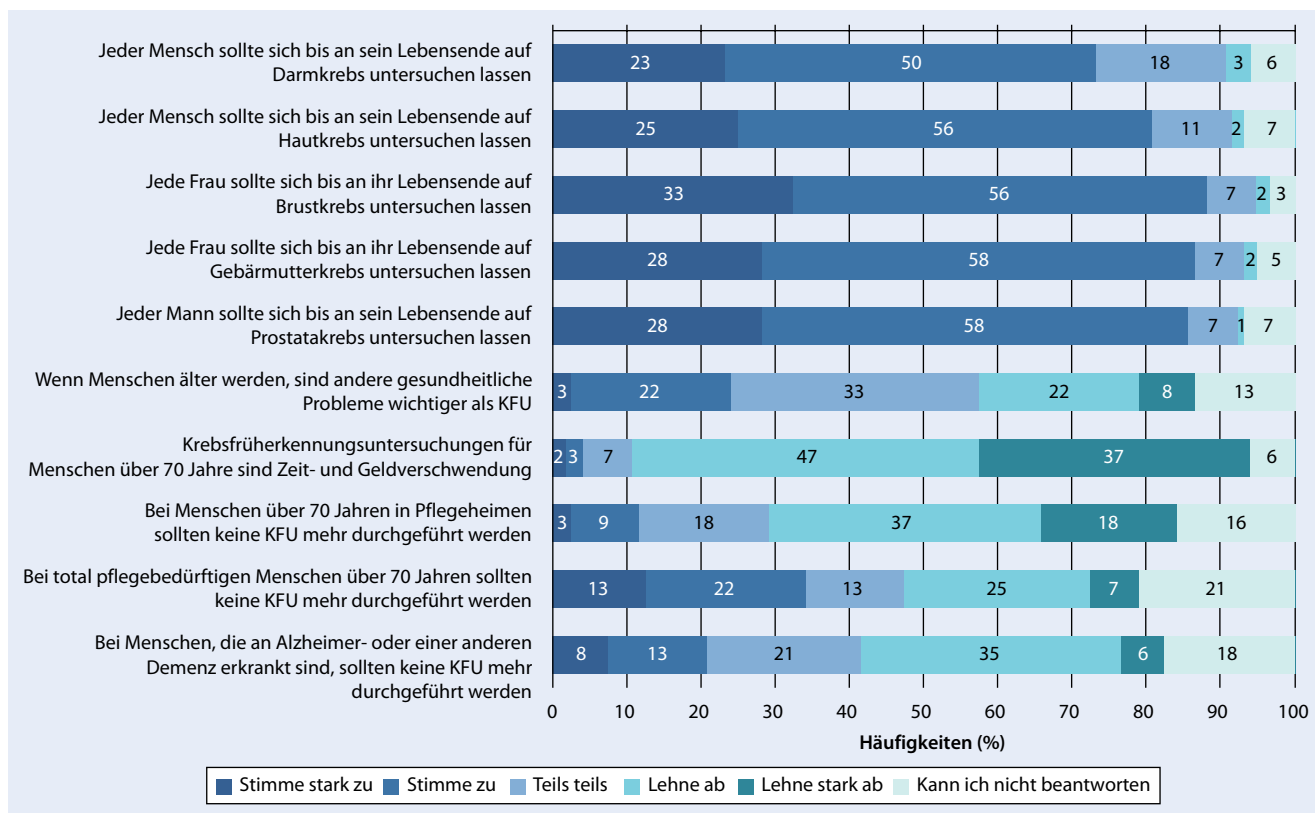


Abb. 3 ▲ Einstellung zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU), bezogen auf die Allgemeinheit (n=120)

### Erwartungen an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

Die Mehrzahl der Interviewpartner erwartete eine frühzeitige Erkennung und bei einem Krebsbefund eine gezielte Behandlung, um so eine Lebensverlängerung zu erreichen. Viele Interviewpartner sagten, dass sie nach einer unauffälligen KFU das beruhigende Gefühl hatten, alles sei in Ordnung. Widersprüchliche Information zum Nutzen von KFU wurden von den Interviewpartnern als störend empfunden. Einzelne Zitate der Interviewpartner sind in ■ Abb. 6 dargestellt.

### Stärken und Schwächen der Studie

Dies ist die erste Studie in Deutschland, die Einstellungen Älterer zu KFU und ihre Motive für eine (Nicht-)Teilnahme untersucht. Eine alters- und geschlechtsstratifizierte Stichprobe wurde gewählt, um eine Repräsentativität der Bevölkerung zu erhalten. Aufgrund des hohen Anteils von männlichen Probanden und KFU-Teilnehmern ist die Stichprobe nicht repräsentativ. Dennoch gelang es in der Studie, auch nTN zu befragen und im qualitati-

ven Teil der Studie das gesamte Spektrum an Einstellungen zu erfassen. Ein Selektionsbias durch gesundheitsbewusste Teilnehmer und sozial erwünschte Antworten kann nicht ausgeschlossen werden. Die lokale Begrenzung der Befragung und insbesondere Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem der Deutschen Demokratischen Republik müssen bei einer Verallgemeinerung beachtet werden.

## Diskussion

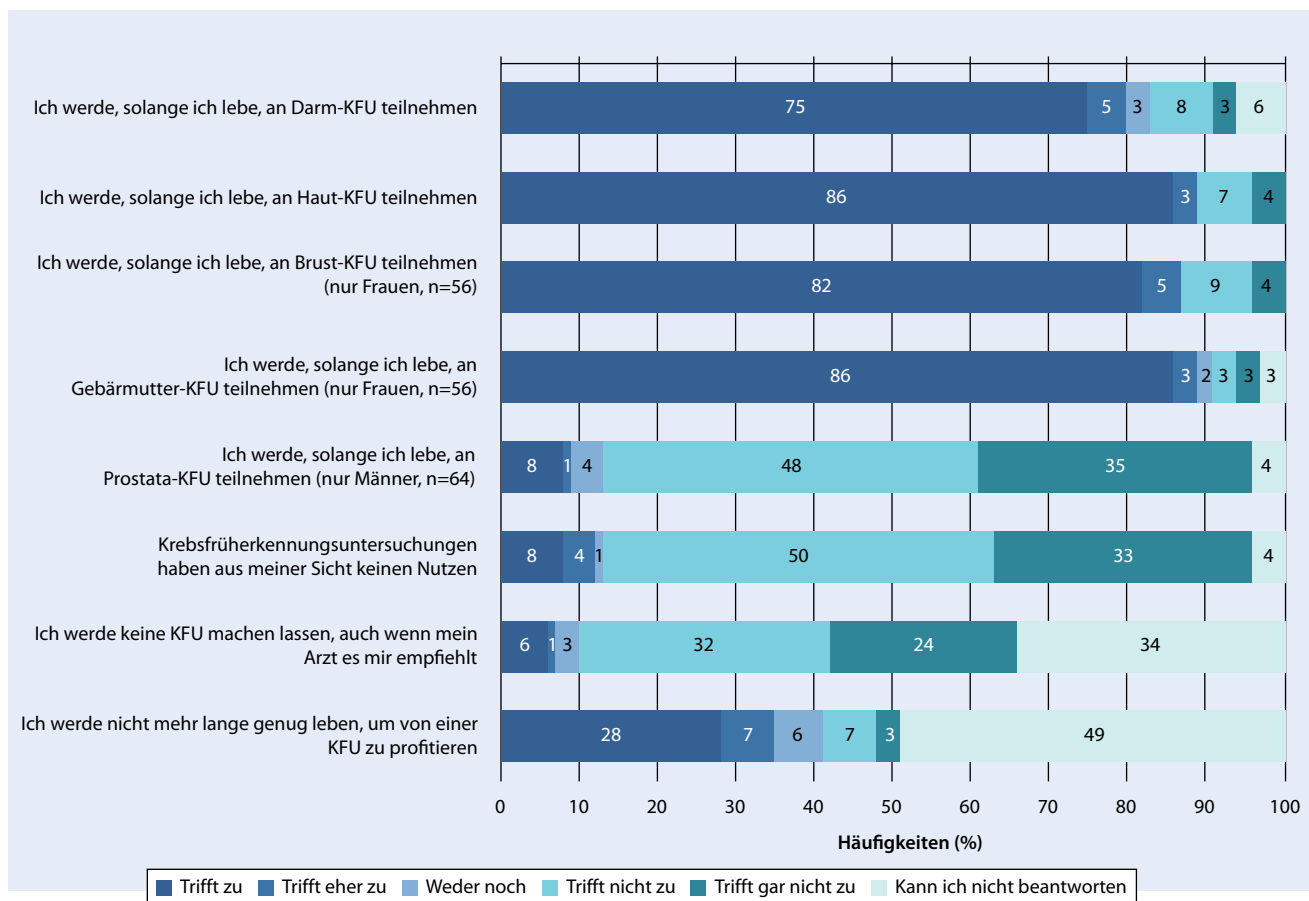
### Zusammenfassung der Hauptegebnisse

Die Mehrheit der Befragten gab an, KFU in Anspruch genommen zu haben, und befürwortete eine Teilnahme der KFU bis ans Lebensende. Ein Viertel gab an, dass andere gesundheitliche Probleme im höheren Alter wichtiger sind als die Teilnahme an KFU, und vermutete, eher an einer anderen Erkrankung zu versterben. Die meisten wollten mit ihren Ärzten über die (Nicht-)Teilnahme an KFU sprechen und waren überzeugt, dass diese den Nut-

zen einer Teilnahme einschätzen können. Motive für die Teilnahme von KFU im Alter waren Regelmäßigkeit, Pflichterfüllung und Angst, die eng mit der Erwartung einhergingen, dass durch das frühzeitige Erkennen von Krebserkrankungen Hilfe und letztlich eine Lebensverlängerung möglich ist. Gründe, nicht an KFU teilzunehmen, waren mangelndes Interesse, fehlende Notwendigkeit oder ebenfalls Angst. Nachteile der (Nicht-)Teilnahme wurden wenig thematisiert.

### Bedeutung der Ergebnisse und Vergleich mit der Literatur

Entgegen der sinkenden Inanspruchnahme von KFU im Alter gab die Mehrheit der Interviewten an, an KFU teilzunehmen [15]. Wie in der amerikanischen Studie befürworteten die meisten, eine lebenslange Fortführung von KFU, und es bestand bei ihnen wenig Zweifel an dem Nutzen und dem lebensverlängernden Effekt [11]. Dies entspricht aber nicht der gegenwärtigen Evidenz der meisten KFU [1]. Im Gegensatz zu gleichalt-



**Abb. 4** ▲ Einstellung zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU), bezogen auf die eigene Person (n=120)

rigen Amerikanern erachteten nur wenige der Befragten andere gesundheitliche Probleme als wichtiger oder sahen KFU von über 69-Jährigen als Zeit- und Geldverschwendung an [11]. Eine regelmäßige und gewohnte frühere Teilnahme an KFU und die Vergewisserung bzw. Beruhigung, „nicht krebskrank zu sein“, wurden ebenfalls von den Befragten bestätigt und als wichtige Motive für die Teilnahme angegeben [14]. Anders als bei amerikanischen Senioren spielten bei den Befragten Motive wie Pflichterfüllung gegenüber dem sozialen Umfeld und der eigenen Person wichtigere Rollen als die Empfehlung der Teilnahme durch den betreuenden Arzt [14]. Hinter den Motiven, KFU im höheren Alter durchzuführen, steht bei mehreren Interviewpartnern die Erwartung, durch rechtzeitiges Erkennen von Krebserkrankungen erfolgreicher behandelt zu werden und somit länger zu leben.

Auch von den meisten der interviewten Menschen wird ein Nutzen der KFU bei über 70-jährigen Pflegeheimbewohnern

gesehen. Das durchschnittliche Eintrittsalter in Pflegeheimen beträgt 81 Jahre; die Aufenthaltsdauer 30 bis 40 Monate [19]. Die Lebenserwartung von 5 bis 10 Jahren, die angenommen wird, um von KFU profitieren zu können, ist bei den meisten Pflegeheimbewohnern [1, 14, 18] nicht gegeben. Über die Hälfte der Befragten lehnte die Aussage, dass bei total Pflegebedürftigen oder Demenzerkrankten keine KFU mehr durchgeführt werden sollten, ab. Krebserkrankungen spielen als Todesursache nur eine untergeordnete Rolle; es gaben 10% der Befragten an, an Krebs zu versterben. Für diese Einschätzung spielen Überlegungen zum Nutzen oder möglichen unnötigen Behandlungen vermutlich keine Rolle. Da die meisten Teilnehmer vom Nutzen der KFU überzeugt waren, stellt die Aufhebung der KFU eine ungerechtfertigte Unterlassung für die Befragten dar. Die TN nannten kaum Nachteile von KFU wie z. B. Überdiagnosen oder unnötige v. a. psychische Belastungen [1, 18].

Die nNT sahen dagegen oft keine Notwendigkeit für KFU aufgrund ihres guten gesundheitlichen Zustands, zeigten vorab wenig Interesse für die Thematik oder sahen keinen Anlass, einen Arzt zu kontaktieren. Nachteile der Nichtteilnahme wurden von ihnen nicht genannt. Gesunde über 69-Jährige mit einer langen Lebenserwartung könnten am ehesten von einer KFU profitieren [1].

Es lässt sich vermuten, dass die Entscheidungen für oder gegen eine Teilnahme an KFU von den meisten wenig hinterfragt und auf Basis unzureichender Informationen über krebspezifische Mortalitätsraten, Risiken und Konsequenzen von KFU getroffen wurden. Dass die Entscheidung zur KFU nicht auf einer informierten Entscheidungsfindung beruht, bestätigen auch andere Untersuchungen [12, 18]. Die Mehrheit der Befragten möchte mit ihrem betreuenden Arzt über die (Nicht-)Teilnahme sprechen und zeigt, im Gegensatz zu ihren amerikanischen Altersgenossen, hohes Vertrauen



### Regelmäßig

„Da kommt jetzt die nächste Untersuchung, die Prostatauntersuchung, praktisch alle 2 Jahre.“ (Herr C, 72 Jahre)

„Ich gehe seit 20 Jahren zur Prostatauntersuchung.“ (Herr D, 75 Jahre)

„Ich mach das regelmäßig. Diese Prostatauntersuchung mache ich jährlich. Die Koloskopie mache ich drei- bis vierjährlich. Wird immer vom Arzt festgelegt. ...Und das mache ich eigentlich schon jetzt über über 20 Jahre.“ (Herr J, 76 Jahre)

### Pflichterfüllung

„Wenn was passiert, dann passiert es, dann kann ich es nicht ändern. Aber ich möchte nicht mir oder anderen Vorwürfe machen“ [locht] „Du hättest ja, Du hättest ja nicht“. (Herr G, 77 Jahre)

„Na ja, durch unsere Hausärztin, sie hat mir damals gesagt, ich sollte mal zur Prostatauntersuchung gehen, wenn man das Alter hat, sollte man das machen. Und denn bin ich da hin gewesen.“ (Herr F, 73 Jahre)

### Angst KFU-Teilnehmer

„Ähm, es war Angst. Es war die pure Angst davor, nich, dass es mich auch erwischt. Und, äh, ich hatte damals drei kleine Kinder, also da wollte ich doch möglichst noch ein bisschen bei ihnen bleiben, ne?“ (Frau A, 79 Jahre)

„Auch ganz plötzlich, und man fängt dann an ANGST ZU BEKOMMEN und sich dann untersuchen lassen mögen.“ (Herr G, 77 Jahre)

„Dieses Wort Krebs das schockt einen.“ (Frau F, 71 Jahre)

### Angst KFU-Nichtteilnehmer

„Ja, und da hab ich denn gesagt, wenn zwei Jahre noch so, äh, zu leben, wie sie lebt, Haare ausgefallen und was nicht alles. Dann das machst du nicht mit, dann willst du sterben und so, so denke ich noch heut.“ (Frau B, 72 Jahre)

### Desinteresse

„Dann habe ich nachher auch nicht mehr die nicht mehr Interesse dafür gehabt, hab gesagt, irgendwann wird man krank und, wird es festgestellt, ist es festgestellt.“ (Herr B, 73 Jahre)

### Keine Notwendigkeit

„Was wollen Sie von mir? Ich fühle mich sehr gesund, mir geht es gut, Essen und Trinken schmeckt und, die Damenwelt liebe ich sehr!“ (Herr I, 89 Jahre)

„Ja, mir ging es immer gut, worum soll ich denn hingehen? Ich war eigentlich bis auf so Kleinigkeiten war ich eigentlich immer gesund, und wozu muss ich dann zum Doktor gehen?“ (Frau G, 88 Jahre)

**Abb. 5** ▲ Motive für die Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (n=46)

in Ärzte und deren Fähigkeit, den Nutzen einer KFU abzuschätzen [11]. Es wird vorgeschlagen, dass zur Abwägung des Nutzen und der Risiken von KFU neben dem aktuellen Gesundheitszustand, Komorbiditäten und krebspezifischen Mortalitätsraten die Lebenserwartung des Einzelnen sowie die persönlichen Präferenzen einbezogen werden [1]. Die letztlich nur unsicher abzuschätzende Lebenserwartung darf thematisiert werden.

Die endgültige Entscheidung möchten die meisten Interviewpartner, wie auch ihre ausländischen Altersgenossen, selber treffen [14]. Eine informierte Entscheidungsfindung ist jedoch nur möglich, wenn ausreichend über Risiken und

Nutzen von KFU aufgeklärt wird [12, 16, 18]. Evidenzbasierte Informationsbroschüren können das Wissen über Krebserkrankungen und KFU verbessern und fördern eine informierte Entscheidungsfindung für eine (Nicht-)Teilnahme [16]. Wichtig ist Aufklärung darüber, dass eine Einstellung der KFU nicht auf ein erhöhtes Risiko für Krebserkrankungen hindeutet, sondern als Resultat einer Abwägung des individuellen Nutzens zu verstehen ist [16].

## Schlussfolgerungen

Angesichts des unsicheren Nutzens der KFU bei Älteren sollte die Entscheidung

für oder gegen eine KFU auf Basis objektiver Information sowie angelehnt an den individuellen Gesundheitszustand und die Gesundheitsziele des Patienten getroffen werden. Die Ergebnisse zeigen, dass ältere Menschen wenig über Vor- und Nachteile nachgedacht haben oder über diese informiert worden sind. Sie haben aber ein Interesse an Aufklärung und einer autonomen Entscheidung. Sie sind bereit, über Themen, wie z. B. ihre Lebenserwartung zu sprechen. Mögliche Kriterien für eine Beendigung von KFU sollten in Leitlinienempfehlungen explizit ausgeführt werden. Studien zur Kommunikation von Vor- und Nachteilen der KFU bei Älteren existieren bislang nicht und sind notwendig.

## Fazit

Ältere sind unzureichend über Vor- und Nachteile von KFU aufgeklärt. Sie überschätzen mehrheitlich den möglichen Nutzen der Teilnahme und die möglichen Nachteile eines Teilnahmeverzichts. Ältere sind überwiegend bereit, ihre Entscheidung, einschließlich ihrer vermuteten Lebenserwartung, mit ihren Ärzten zu besprechen. Ältere vertrauen meistens ihren Ärzten, möchten die endgültige Entscheidung über eine Teilnahme an KFU aber eigenständig treffen.

## Korrespondenzadresse



**A. Haase B.Sc.**  
Abteilung Allgemeinmedizin,  
Institut für Community  
Medicine  
Universitätsmedizin  
Greifswald KdöR  
Fleischmannstr. 42–44  
17475 Greifswald  
allgemeinmedizin@  
uni-greifswald.de



**D. Dolezil**  
Abteilung Allgemeinmedizin,  
Institut für Community  
Medicine  
Universitätsmedizin  
Greifswald KdöR  
Fleischmannstr. 42–44  
17475 Greifswald

### Gezielte Behandlung

„Dass da entsprechend ein Facharzt mir sagt, ob alles okay ist oder dass er auch signalisiert, wenn er irgendwas im Vorfeld oder doch noch abklären müsste, dann wäre ich auch bereit dazu beziehungsweise, wenn es eben auch ungünstige Diagnosen sind, möchte ich schon, dass er mir die Wahrheit sagt und dass ich dann einen Arzt erwische, der sich auch Zeit nimmt und dann noch mit mir die weitere Strategie zu bereden.“ (Frau E, 73 Jahre)

### Längeres Leben

„Dass zeitig genug erkannt wird für den Fall der Fälle und dann entsprechend gehandelt werden kann. Damit man noch ein paar Jahre erlebt.“ (Herr A, 71 Jahre)

„Dass ich länger lebe und länger gesund bleibe und möglichst NICHTS und wenn, dann im Anfangsstadium. Ja, dass eben noch Möglichkeiten der Medizin, dann vielleicht das Leben verlängern und in dieser Richtung Einwirkung haben. Das, mehr kann ich nicht, mehr kann ich nicht tun, was kommt, kommt.“ (Herr G, 77 Jahre)

### Frühzeitige Erkennung

„Ich hoffe, wenn wirklich was sein sollte, dass ich zur rechten Zeit da bin, und dass da noch irgendwas unternommen werden kann, um das SCHLIMMSTE zu verhindern. Ja, ist gut [ganz leise gesprochen]. Dass ein gutes Ergebnis da rauskommt.“ (Herr C, 72 Jahre)

„Und deswegen gehe ich hin, weil ich denn denke, na, wenn denn doch was ist, denn kriegt man das mit.“ (Frau D, 72 Jahre)

### Beruhigung

„Ich bin dann immer beruhigter, muss ich sagen, wenn ich dahin gewesen bin, und gibt mir dann irgendwie noch wieder, na ja, BIN ZUFRIEDEN. Es IST ALLES OKAY, ja mehr nicht“ (Frau A, 74 Jahre)

„Und wenn alles in Ordnung gewesen ist, treu ich mich ja auch, dass man da gewesen ist“, (Herr F, 73 Jahre)

### Widersprüchliche Information

„Sagen wir so, bei Männern kennen Sie ja PSA. Alles umstritten, Krankenkassen schreiben das, die Mediziner erzählen das, also eine Unordnung. Aus meiner Sicht ICH BIN TECHNIKER ..., wenn wir uns sowas geleistet hätten ...ist man doch recht erstaunt.“ (Herr Z, 79 Jahre)

Abb. 6 ▲ Erwartungen an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (n = 46)

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** D. Dolezil, A. Haase, K. Jahnke, C. Löffler und C.O. Schmidt geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht. J. Thonack und J.-F. Chenot führen KFU durch.

Eine Genehmigung des Landesdatenschutzbeauftragten zur Stichprobenziehung und der Ethikkommission der Universitätsmedizin Greifswald zur Durchführung der Studie (Nr. BB 078/14) sowie ein schriftliches Einverständnis aller Probanden zur Aufzeichnung und pseudonymisierten Auswertung der Daten lagen vor.

**Open Access** Dieser Artikel unterliegt den Bedingungen der Creative Commons Attribution License. Dadurch sind die Nutzung, Verteilung und Reproduktion erlaubt, sofern der/die Originalautor/en und die Quelle angegeben sind.

## Literatur

1. Alibhai SMH, Horgan AM (2011) Cancer screening in older adults. What to do when we don't know. J Clin Oncol 2:149–160. doi:10.1016/j.jgo.2011.03.004

2. Allison T, Peter S, Jonathan C (2007) Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care 19:349–357
3. Callahan C, Unverzagt F, Hui S, Perkins A, Hendrie H (2002) Six-item screener to identify cognitive impairment among potential subjects for clinical research. Med Care 40:771–778
4. Charlson M, Pompei P, Ales K, MacKenzie C (1987) A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis 40:373–383
5. Domenighetti G, D'Avanzo B, Egger M et al (2003) Women's perception of the benefits of mammography screening. Population-based survey in four countries. Int J Epidemiol 32:816–821
6. Flick U (2012) Qualitative Sozialforschung: eine Einführung. Rowohlt-Taschenbuch-Verlag, Reinbek bei Hamburg
7. Gemeinsamer Bundesausschuss (2011) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen. Krebsfrüherkennungs-Richtlinie/KFE-RL in der Fassung vom 18. Juni 2009, zuletzt geändert am 16. Dezember. Bundesanzeiger Nr. 34
8. Gigerenzer G, Mata J, Frank R (2009) Public knowledge of benefits of breast and prostate cancer screening in Europe. J Natl Cancer Inst 17:1216–1220
9. Kaatsch P, Spix C, Hentschel S et al (Hrsg) (2013) Krebs in Deutschland 2009/2010. 9. Ausgabe. Robert Koch-Institut und Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V, Berlin
10. Kuckartz U (2010) Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
11. Lewis LL, Kistler CE, Amick HR et al (2006) Older adults' attitudes about cancer screening later in life. A pilot study interviewing residents of two continuing care communities. BioMed Central Geriatrics 6:1–8
12. Mühlhauser I, Steckelberg A (2005) Aufklärung über Krebsfrüherkennung am Beispiel Mammographie und Darmkrebs-Screening. Evidence based patient information on cancer-screening. Z Allgemeinmed 81:523–527
13. Robra BP, Swart E, Klemperer D (2013) Überdiagnose und Übertherapie des Prostata-Karzinoms – ein unterschätztes Problem. In: Klaber J, Geraedts M, Friedrich J et al (Hrsg) Krankenhaus-Report 2013. Schattauer, Stuttgart, S 245–261
14. Schonberg MA, McCarthy EP, York M et al (2007) Factors influencing elderly women's mammography screening decisions: implications for counseling. BioMed Central Geriatrics 7:1–8
15. Stark A, Bertz J, Saß AC (2012) Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Daten und Fakten. Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2010, Berlin
16. Steckelberg A, Hülfenhaus C, Haaster B et al (2011) Effect of evidence based risk information on „informed choice“ in colorectal cancer screening. Randomized controlled trial. British Med J 342:1–7
17. Teilnahme an gesetzlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (Primärquelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Dokumentation der Untersuchungsergebnisse aus den gesetzlichen Maßnahmen zur Früherkennung nach § 25 SGB V). In www.gbe-bund.de (Thematische Recherche: Krebsfrüherkennungsuntersuchung → Dokumentart Tabellen). Abrufdatum: 15.04.2015.
18. Walter LC, Covinsky KE (2001) Cancer screening in elderly patients. A framework for individualized decision making. J Am Med Assoc 285:2750–2756
19. www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/heimbericht/root.html. Zugriffen: 01. Okt. 2014
20. www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/publikationen,did=5362.html. Zugriffen: 01. Okt. 2014



Kommentieren Sie diesen Beitrag auf [springermedizin.de](http://springermedizin.de)

► Geben Sie hierzu den Beitrags-titel in die Suche ein und nutzen Sie anschließend die Kommentarfunktion am Beitragsende.